

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

יש למלא את הטופס ולהחזירו לפקס 03-7348169 או למייל agafhaim@harel-ins.co.il
ניתן לוודא את קבלת הפקס כ-24 שעות לאחר המשלוח בטל' 1700-70-28-70

הצטרפות הצטרפות והעברה

שם סוכן ראשי (שם פרטי ושם משפחה)..... שם הסוכנות.....

מספר הטלפון של הסוכן..... מספר הטלפון הנייד.....

קוד מעסיק/סוכן..... שם המפקח.....

אני, החתום מטה, המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים המנוהלים על-ידי גופים מוסדיים מקבוצת הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ ("הראל"), פונה בזה אל הראל בבקשה להצטרף למוצרים פנסיוניים בהתאם למפורט להלן:

שים לב - עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

חותמת תאריך קבלת ההצעה

מספר פוליסה/הצעה	מספר מעביד	מספר סוכן
מספר פוליסה/הצעה	מספר פוליסה/הצעה	

א פרטי המעסיק

שם	מס' ח"פ/זהות
רחוב	מס' יישוב
איש קשר	מס' פקס
מס' טלפון	דוא"ל
E-Mail	

ב פרטי המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים

(יש לצרף צילום ת.ז. ובמקרה של ת.ז. ביומטרית, יש לצרף צילום של שני צידי התעודה)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז. (כולל ס"ב)	תאריך לידה	מין
מצב אישי	מס' ילדים	עיסוק	האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> אלמן <input type="checkbox"/>			האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל? אם כן, אגא פרט את המדינות:	
רחוב	מס'	יישוב	מיקוד	טלפון
טלפון נייד				
האם אתה בעל רישיון טיס/איש צוות אוויר/בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> (ככל שהתשובה חיובית אגא מלא שאלון טיס*)				
האם יש לך תחביב מסוכן או הינך עוסק בפעילות ספורטיבית אתגרית? לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> ככל שהתשובה חיובית, אגא מלא שאלון/י תחביבים רלוונטי - ניתן למצוא באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il				
כתובת דואר אלקטרוני..... מסמכי הפוליסה דף פרטי הביטוח הדיווחים והמכתבים ישלחו אליך באמצעות האמצעים הדיגיטליים הקיימים ברשות הראל העדכניים במועד המשלוח. אם ברצונך לקבל את מסמכי הפוליסה והדיווחים השנתיים בדואר ישראל אגא סמן <input type="checkbox"/>				
לתשומת לבך: (1) ככל שלא קיימים אמצעים דיגיטליים ברשות הראל, המסמכים ישלחו בדואר ישראל. (2) חשוב לדעת: דיווחים מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך בהראל ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.harel-group.co.il				



תקופת הביטוח: עד לגיל תום (ניתן 60-67) (ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)	תאריך התחלת הביטוח: 20	הפרמיות ישולמו לפי שכרו של העובד באופן שוטף בהמחאה או העברה בנקאית.
--	--------------------------------------	---

ד תכנית הביטוח המבוקשת לחסכון

<input type="checkbox"/> מור לשכירים דמי ניהול מהפקדה: 3% דמי ניהול מחיסכון מצטבר: 0.5% לשנה כל עוד הפוליסה בתוקף ומועברות בגינה הפקדות שוטפות ורציפות (במקרה של הפסקת תשלומי הפרמיה, דמי הניהול מהחסכון יעלו לשיעור של 1.05% לשנה)	
<input type="checkbox"/> מור פרימיום דמי ניהול מהפקדה: 0 דמי ניהול מחיסכון מצטבר:	
צבירה בש"ח	דמי ניהול מצבירה
עד 199,999	0.8%
200,000-299,000	0.7%
300,000-399,999	0.6%
400,000-499,999	0.5%
500,000-599,999	0.4%
+ 600,000	0.3%

ה אופן חלוקת ההפקדות בפוליסה

שכר מבוטח לפוליסה	פיצויים	תגמולי מעביד	תגמולי עובד
..... ש"ח%%%
אופן תשלום הפרמיה לאובדן כושר עבודה (הפיצוי מוגבל עד 75% מהשכר)¹			
שכר מבוטח לאובדן כושר עבודה (רק במידה ושונה מהשכר הפנסיוני שצויין בשורה הקודמת ולרכישה על חשבון מעסיק מחוץ להפרשות)			
יש לבחור באחת מן האופציות הבאות:			
<input type="checkbox"/> רכישה מחוץ להפרשות לתגמולים תקציב נפרד לצורך תשלום פרמיה לאובדן כושר עבודה על חשבון המעסיק. יש לבחור באפשרות זו רק במקרים בהם תשלום המעסיק הינו לרכישת כיסוי זה בשיעור הדרוש להבטחת 75% משכרו של העובד או בשיעור של 2.5% משכרו כאמור, לפי הנמוך. במקרה שעלות הפרמיה תעלה על התקציב הנפרד, יוקטן שיעור הפיצוי החודשי בהתאם לתקציב. (מצ"ב מסמך המפרט את השתנות שיעור וגובה הפיצוי החודשי לאורך תקופת הביטוח)			
<input type="checkbox"/> רכישה מתוך ההפרשות לתגמולים שיעור הפיצוי יהיה קבוע לכל תקופת הביטוח וייקבע כך שהעלות המצטברת עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך ההפקדות לתגמולים בפוליסה וזאת בכפוף לתקנה 3(6) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל), תשע"ג 2013. בהתאם לתנאי הפוליסה, קביעת שיעור הפיצוי תעשה על בסיס הנחות היסוד הבאות: שיעור ההפקדות לתגמולים יהיה כנקוב בהצעה, תשלומים רצופים לפוליסה, גידול שכר שנתי של 2%, ריבית היוון שנתית בגובה של 2.91%. ככל שהנחות אלו לא יתקיימו ייתכן ששיעור הפיצוי החודשי יקטן והודעה על כך תישלח למבוטח.			
אחוז הפיצוי מהשכר:		(עד 75% מהשכר)	

א. בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% מממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים או ב-3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוצז מסכום הפיצוי החודשי המגיע לך ממבטח אחר והכל בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.
ב. הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים. לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי דמי ניהול בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תעריפית של 2.5%.

ו סוג הפוליסה המבוקשת לאובדן כושר עבודה (סמן ב-✓)

הכיסוי הינו לגיל תום: (ניתן 60-67). ברירת המחדל בהעדר הנחיות תהיה 67.
<input type="checkbox"/> הראל לעתיד חדש (פרמיה משתנה כל שנה) פיצוי לאובדן כושר עבודה הכולל שחרור, אובדן כושר עבודה חלקי וברות ביטוח
<input type="checkbox"/> נספחים לבחירה להראל לעתיד חדש: הגדרת עיסוק ספציפי ²
<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה ל-30 ימים (במקום 90 ימים) ² או <input type="checkbox"/> תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה (פרנציזה) ³
<input type="checkbox"/> ביטול מלא של קיצוז תגמולי ביטוח לאומי
<input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם ל-25%
<input type="checkbox"/> נכות מתפתחת - הגדלת תגמולי ביטוח במקרה של אובדן כושר עבודה: <input type="checkbox"/> 1% בשנה או <input type="checkbox"/> 2% בשנה
<input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה של מצב סיעודי

²בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.
³מאושר רק לתקופת המתנה 90 ימים. לא ניתן לבחור נספח תקופת המתנה מקוצרת ביחד עם נספח תשלום פיצוי עבור חלק מתקופת המתנה.
⁴לכל אחד מהנספחים עלות נפרדת. מוסכם ומוצהר בזה כי המבוטח יהיה רשאי לבטל נספח מהנספחים של התכנית הראל לעתיד במהלך תקופת הביטוח מבלי לפגוע בזכותו להמשיך את התכנית והנספחים הנותרים, אם קיימים.

הצהרת בריאות - המשך (קוד הצהרה 10) (סכומי הביטוח לעניין החלטת החיתום כוללים את הסכומים הקיימים בחברה)

פרק ב' - מיועד לכל מוצרי הביטוח

מס'	שאלה	כן	לא	שאלון/מידע ראשוני נדרש
1.	אלכוהול: האם שתית או הנך שותה משקאות אלכוהוליים באופן קבוע (מעל שתי מנות ביום)?			שאלון אלכוהול
2.	סמים: האם אתה צורך או צרכת סמים?			שאלון סמים (ולפרט סוג ותדירות)
3.	היסטוריה משפחתית: האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב/אם/אחים/אחיות), היו או יש את המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר.			שאלון מחלות במשפחה
4.	נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד?			שאלון תאונות/נכות
5.	האם בבדיקות דם שביצעת בחמש השנים האחרונות נמצאה חריגה בממצאי בדיקות הדם או השתן שדרשה המשך בירור?			פירוט ומסמכים רפואיים
6.	אשפוזים: האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אשפוז (לרבות בחדר מיון) כתוצאה ממחלה או תאונה בעשר השנים האחרונות ?			שאלון אישפוזים+דוח האשפוז (באם היה במהלך השנה האחרונה)
7.	ניתוחים: האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח בעשר השנים האחרונות ?			פרוט וסיכומי הניתוחים
8.	תרופות: האם את/ה נוטל/ת תרופות או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות ?			פרוט ומסמכים רפואיים
9.	האם טרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות, וטרם נקבעה אבחנה סופית ? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא חלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה). אם כן - האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> נא פרט מטה. <input type="checkbox"/> כן			אם הבעיה בגינה הוצהר בשאלה זו בחיוב, לא דווחה בשאלה אחרת בהצהרה - יש לפרט - איזו בדיקה בוצעה, מתי, מה הייתה התוצאה, טיפול ומצב כיום (יתכן ותדרש בהעברת מסמכים בהתאם לפירוט)

פירוט תשובות חיוביות (במידת הצורך ובנוסף לשאלונים המבוקשים)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת-חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר למסור ל"הראל" השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ" להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב, את עזבוני ובאי-כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך: שם המועמד לביטוח: מספר זהות: חתימת המועמד: 

עד לחתימה: תאריך: שם פרטי ומשפחה:


חתימת עד לחתימה/סוכן הביטוח(כולל מס' רישיון): 

מועמד לביטוח		
לא	כן	
<p>אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסיים) ושותפיה העסקיים ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.</p>		
קבלת דבר פרסומת		
<p>הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל ו/או שותפיה העסקיים, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).</p> <p>אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף ביטוח חיים, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.</p>		

יג מידע למועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים

<p>1. לתשומת ליבך, כל התשובות המפורטות כולל התשובות להצהרת הבריאות ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.</p> <p>2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה, והכל בכפוף להוראות הדין.</p> <p>3. ההתקשרות בינך לבין קבוצת הראל תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.</p> <p>4. מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.</p> <p>5. בהמשך להוראות סעיף 35 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, על בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב וכל אדם אחר למסור את כל ההודעות הבקשות וההצהרות הנוגעות לפעולות המפורטות להלן, לרבות המסמכים הנלווים להן, בכתב ובמשרדה הראשי של החברה, בכתובתה ברחוב אבא הלל 3 ברמת-גן (או בכתובת אחרת כפי שתפורסם באתר האינטרנט של החברה www.harel-group.co.il) ולא במשרדו של סוכן הביטוח הרלוונטי: הצעות לביטוח, שינוי הרכב ההשקעות, משיכת החיסכון המצטבר, שינוי מוטבים, בקשות לתשלום ערך הפדיון בתום תקופת הביטוח</p> <p>6. אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך למוצרים פנסיוניים ולטיפול בעניינים הקשורים בהם. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול במוצר הפנסיוני ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר הקבוצה.</p> <p>7. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על-ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה"איזור האישי" שלך שבאתר החברה.</p> <p>8. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.</p>

יד הצהרות המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים

<p>1. אני הח"מ, המועמד להצטרפות למוצרים פנסיוניים, מבקש מהראל להצטרף לאחת התכניות ולקבלני כמבוטח כמפורט בהצעה זו.</p> <p>2. אני מצהיר, מסכים ומתחייב כי כל התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות הכלולה הן נכונות ומלאות.</p>
<p>תאריך:</p> <p>חתימת המועמד לביטוח: </p>

טו הצהרת הסוכן

<p>אני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד לביטוח על-פי תעודת הזהות שלו.</p>
<p>תאריך: שם הסוכן:</p> <p>חתימת הסוכן: </p>

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו.
 צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח

לכבוד

..... (שם הגוף המוסדי) (מספר ח.פ.)
מייפה הכוח (הלקוח):

שם: מספר זיהוי: |
 כתובת:

מיופה הכוח (במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד/תאגיד): רישיון מס': מס' סוכן בהראל:

אשר הינו (סמן את האפשרות המתאימה): (1) יועץ פנסיוני (2) סוכן ביטוח פנסיוני

טלפון: מייל:

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני ומי מטעמי, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית. אם מנהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעביד או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (חובה)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

- במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
- אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
- בממשק האירועים שדה "מספר קידוד אחיד" הוא שדה חובה.
- אם סימנתי ✓ בעמודה (3), סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)

שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה
<input type="checkbox"/> בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
<input type="checkbox"/> בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
<input checked="" type="checkbox"/> חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.

2. תקופו של ייפוי כוח

שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה
<input type="checkbox"/> הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה.
<input type="checkbox"/> הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום

ולראיה באתי על החתום:

.....
 תאריך החתימה
 חתימת הלקוח

.....
 תאריך החתימה
 חתימת סוכן הביטוח / יועץ פנסיוני
 שם סוכן הביטוח / יועץ פנסיוני

¹ "מי מטעמי" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב-2012.
² "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.
³ "מידע אודות מוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שגדרש.
⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני שהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני שהגדרתה בסעיף 31(ז)2 לחוק הייעוץ הפנסיוני.
⁵ "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

